

## (12) その他注目すべき事例

- 全盲や、視力低下のある患者への対応に関するヒヤリ・ハット事例が報告された。弱視等の視覚障害者への療養ケアについては、医療機関として体制が整っていないことも多い。このような患者を受け入れる際の業務基準づくりや特別な工夫（ボランティア導入など）について、広く紹介していく必要性がある。
- コンピューターの取り扱いやオーダーリングシステムで入力を間違った事例が報告された。特にオーダーリングシステムでのミスは、多くの場合、患者への影響が甚大である。また、これらの情報は根本となる個人情報でもある。安全のために導入された機器であっても運用上発見された問題については、適宜改善に努めていかなければならない。
- 末期癌患者の自殺未遂に関する事例が報告された。高齢の入院患者の増加等により、ケアに関する事例報告は今後増加する可能性がある。一般的に、患者の思考は、行動や発言だけでは予測困難なことが多いが、専門職としてのケアの質について、医療のあり方そのものの問題として考えていかなければならない。
- 放射線検査において、主治医と放射線科医師との意思疎通が不十分のため、患者への不適切な検査前処置に関する指示出しがなされ、処置直前に看護師が気づいた事例があった。他科の医師が指示を出した場合のチェックシステムや、おかしいことや疑問に思ったことは率直に指摘できる関係の醸成が引き続き求められる。
- 夜間緊急時に用意された薬剤が不要となった際の管理方法について、不適切と思われる事例が報告された。病棟で保管する血液製剤や向精神薬は、慎重な管理が法的に求められている。各医療機関においては、夜間・緊急時にも法規制面に即した対応を取るよう十分に注意すべきである。

## 2) 今後の課題

- 前回と同様に、収集事例の中には次のとおり記載の改善が必要なものが見られている。現場の分析への取り組みを支援するため、「分析事例集」の作成や分析方法についての提案およびヒヤリ・ハット事例の活用、分析のための教育用ツールの開発が必要である。

<記載の改善が必要な点>

- ・事例の具体的な内容についての記述が不足、あるいはあいまいで、事例の状況が分からない。
- ・要因を「確認不足」「大丈夫だと思った」「思い込み」としており、なぜそうなったかについて、背景要因の分析がなされていない。
- ・改善策についての記述が不足、あるいは改善策の具体的な内容が分からない。
- ・組織的な背景や要因を分析しておらず、改善策が「確認の徹底」など個人の責任に帰するような表面的なものになっている。

以上

平成 1 5 年度

第 4 回 重要事例情報分析集  
( 1 7 件 )

## — 目次 —

事例 295 : (末期がん患者の自殺未遂) .....	1
発生部署 (日常生活の援助 環境調整) キーワード (末期がん 自殺)	
事例 323 : (車椅子移送中の経腸チューブ切断) .....	7
発生部署 (入院部門一般) キーワード (移送、チューブ・カテーテル類)	
事例 405 : (化学療法における混注もれ) .....	10
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴))	
事例 406 : (隔壁のある点滴薬剤の未開通使用) .....	14
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬(点滴))	
事例 478 : (シリンジポンプによる 10 倍量投与) .....	18
発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴))	
事例 481 : (双子の予防接種にあたって薬液の準備間違い) .....	24
発生部署 (外来部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴))	
事例 709 : (モニター装着後の確認忘れ) .....	28
発生部署 (入院部門一般) キーワード (機器一般)	
事例 713 : (加温加湿器電源忘れ) .....	32
発生部署 (入院部門一般) キーワード (人工呼吸器)	
事例 716 : (三方活栓の開放忘れ) .....	35
発生部署 (入院部門一般) キーワード (チューブ・カテーテル類、機器一般)	
事例 718 : (手術中におけるブレーカ落ち停電) .....	38
発生部署 (手術部門) キーワード (機器一般)	
事例 734 : (指示受けにおけるコミュニケーションエラー) .....	42
発生部署 (外来部門一般) キーワード ( )	
事例 747 : (インスリンの過量与薬) .....	48
発生部署 ( ) キーワード (血糖値、インスリン、スケール)	
事例 820 : (研修医の処方による散剤の 10 倍投与) .....	52
発生部署 ( ) キーワード (研修医、与薬 (内服・外用))	
事例 1382 : (物品管理の不備による新生児仮死状態への対応遅れ) .....	57
発生部署 (入院一般部門) キーワード (救急処置・酸素吸入)	
事例 1410 : (ほぼ全盲の入院患者の所在不明) .....	61
発生部署 (入院部門一般) キーワード (その他)	
事例 1442 : (一次的胸腔ドレナージに伴う胸腔内への空気の逆流) .....	65
発生部署 (入院部門一般) キーワード (吸入・吸引、チューブ・カテーテル類)	
事例 1550 : (滅菌中断による未滅菌手術器具の混入) .....	70
発生部署 (手術部門) キーワード (EOG 滅菌、滅菌中断)	

### 事例 295：(末期がん患者の自殺未遂)

発生部署 (日常生活の援助 環境調整) キーワード (末期がん 自殺)

#### ■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生日【 】	発生曜日【 】	曜日区分【 】	発生時間帯【 】
発生場所【 】			
患者の性別【 】		患者の年齢【 】	
患者の心身状態【 】			
発見者【 】			
当事者の職種【 】			
当事者の職種経験年数【 】			
当事者の部署配属年数【 】			
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【	【	】
発生内容	【	【	】
発生要因-確認	【	】	】
発生要因-観察	【	】	】
発生要因-判断	【	】	】
発生要因-知識	【	】	】
発生要因-技術(手技)	【	】	】
発生要因-報告等	【	】	】
発生要因-身体的状況	【	【	】
発生要因-心理的状況	【	【	】
発生要因-システムの不備	【	【	】
発生要因-連携不適切	【	【	】
発生要因-勤務状態	【	【	】
発生要因-医療用具	【	【	】
発生要因-薬剤	【	【	】
発生要因-諸物品	【	【	】
発生要因-施設・設備	【	】	】
発生要因-教育・訓練	【	【	】
発生要因-患者・家族への説明	【	【	】
発生要因-その他	【	【	】
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【			】
備考【			】

### ■ヒヤリ・ハットの具体的内容

胃癌末期にて予後告知されている患者であった。2～3日前より便失禁、尿失禁あり全身状態が悪化してきていた。○日深夜にて「何かおかしい、どうしたらいいんだろう」等の意味不明な言動あり、日勤にて急変・身体損傷のリスクの看護計画を立てていた。20:00いつもより多弁にて、30分毎に訪室し観察していた。21:00やはり訪室時多弁なるも表情が硬く、予定より早く21:15訪室すると、窓よりベランダに出て柵から身を乗り出しかけていた。バルンは自己抜去し点滴は3方活栓から抜けていた。「自分の命ぐらい自分の自由にさせて欲しい、もう少しだったのに・・・」と言う。看護師2人で抱えるようにベッドに臥床させる。血圧162/88、脈88、顔色不良。直ちに当直師長・医師・主治医に連絡し、指示にて22:30セルシン1/2A筋注する。その後は、端坐位や立位をとろうとする為、2:30アタラックスP1A筋注し、5:00頃よりうとうとする。

### ■ヒヤリ・ハットの発生した要因

1. 2～3日前より全身状態の悪化や、言動の異常が見られ急変や身体損傷のリスクについて看護計画を立てていたが、自傷については予期しておらず対策が取られていなかった。
2. 入院時は疼痛緩和以外の治療を拒否していたが、お盆の頃家族に今だけでもゆっくりして欲しいから、今死ぬと迷惑になるので点滴をして欲しいと自ら希望し実施していた。盆を終えた現時点で、患者の気持ちに変化があったことを観察できなかった。

### ■実施したもしくは考えられる改善策

1. 患者の観察が行えるよう、部屋を観察室に移動。
2. 医師より家族に現在の状態について説明をし、精神的慰安の為に面会時間の延長や回数を増やすことを勧める。
3. 自傷のサインを見逃さないように、医療者間で情報交換に勤める。
4. 神経内科の医師にコンサルトする。

## 専門家からのコメント

### ■記入方法に関するコメント

事例の具体的内容には、患者の状態、事故発生までの経過、事故発生時の経時的記載、事故後の対処等が端的に記載されています。しかし、この事例の患者は末期がんで、窓からの投身自殺未遂を起こしたわけですから、この事例を分析するためには、もう少し詳細な記載が必要だと考えます。この事例では全身状態の悪化に対する患者の反応、多弁傾向になってきたときの会話内容などが省略されています。これでは患者の行動が計画的なものか、一過性のものか、せん妄状態によるものかなどがわかりません。また、普段の生活行動・言動、夜間不眠の状況等も記載されているとより明確になると思います。さらに、それらに対して看護師がどのように対応したかも記載しておく必要があります。

自殺の意思決定は患者にあるわけですから、それ自体、看護師のミスと言うことではありません。しかし、それを誘発する要因（不用意な一言、移室の延期等）が看護師にあつたり、自殺のサイン（身辺整理をする、明るく振る舞う等）を見過ごしたとなれば、看護師の注意義務（予測できたか、回避できたか等）が問われることになります。ですから観察によって得られたデータを詳細に記載する必要があります。

### ■改善策に関するコメント

#### 自殺事故の発生状況

自殺と聞くと精神病院でよく起こる事故と考えるかもしれませんが、実は一般病院でも自殺事故は発生しています。川村<sup>1)</sup>の調べでは、報告事例 155 例中、62 例（40%）が一般病院からの報告であり、そのうち、がん患者による自殺は 21 例（14%）、方法としては縊首、投身、リストカットなどとなっています。がん患者は、予後への不安や絶望感・孤立感などから自殺のリスクが高いために、安全な療養環境の整備と、患者及び家族への精神的介入に重点を置くケアを考えなくてはなりません。

末期がん患者を受け入れているターミナルケア病棟や緩和ケア病棟などでは、看護師だけでなく多くのスタッフが患者に関わり、上記のような精神的介入を実践しています。しかしながら一般病院においては患者が自殺をするということを予想しにくく、たとえ予想できたとしても、精神的介入までは期待できないかも知れません。それだけにこのような事例を振り返って分析することがとても大切なのです。

#### 自殺事故防止のポイント

この事例では、末期がん患者、予後を告知、全身状態が悪化、「お盆までは…」という発言など、自殺のリスクが十分あったと考えられます。また病室が高所、開閉制限されていない窓、患者情報が共有されていなかった等、環境面においても自殺予防の配慮がされていなかったとあります。これらから医療側全体が、患者の自殺についてさほど切迫しているとは予期しておらず、十分な予防対策も取られていなかったことが、自殺未遂を誘発させたとも

考えられます。さらに患者は「自分の命ぐらい自分の自由にさせてほしい、もう少しだったのに…」という発言をしています。この発言から患者は自暴自棄になっており、早急な危機介入を必要としています。事例では以下の4つのポイントで改善策が出されています。

- 1 環境を変える（観察室に移動）→他の部屋はそのままなのでリスクは残っている。
- 2 精神的慰安（面会を増やす）→面会だけで、精神的ケアの視点が明らかになっていない。
- 3 医療者間の情報交換→自殺のサインが明らかになっていない。
- 4 神経科医へのコンサルタント→がん患者への対応としてフィードバックできるのか。

これらのポイントですが、矢印で示したように若干改善が必要と思われます。同じような事故の再発を予防する為に、また看護師らが前向きにケアに取り組めるようになるために、以下のポイントを参考に改善策を考えてみてください。

#### 1 安全な療養環境の調整

- ・ がん末期患者及び告知をした患者は、観察室もしくは勤務室に近い部屋に移す
- ・ 看護師は30分おきに巡回を行うが、気になる感じがあれば、その都度巡回する
- ・ 巡回時、患者が起きていれば、必ず声かけを行う
- ・ 病室の窓に開閉制限を行なう（15cm程度）
- ・ 危険物とされるものは取り除く（刃物、長い紐のナースコール等）
- ・ 照明や部屋の色等が明るい環境を提供する
- ・ 病室には患者が好むもの（家族の写真、音楽、将棋等）の持ち込みを勧める

#### 2 患者のこころの安定を図る

- ・ 精神科医による診察と抗不安薬の投与を開始する
- ・ 夜間十分な睡眠が取れるように援助する
- ・ 患者と過ごす時間を増やしていく
- ・ 患者から何かを聞き出すのではなく、時間を共有してこころの交流を図る
- ・ 看護師から何かを話すのではなく、患者が何を求めているかを探り出す
- ・ 家族や知人等の面会をすすめる
- ・ 面会后、患者の状態や家族の心境などを知るために、家族との面接を行う
- ・ 牧師、カウンセラー、リエゾンナース等の協力を得る

#### 3 スタッフが自殺予防に取り組めるように対応を標準化する

- ・ 表1のような患者の反応をスタッフ間で共有する
- ・ 患者の反応を青色・黄色・赤色のシールで表し、カルテ・温度板等に貼っておく
- ・ 表2のような自殺のサインをスタッフ間で共有する
- ・ 自殺のサインをとらえたときには、対応の統一を図る
- ・ 受け持ち看護師にマイナス感情が生じないように、毎日カンファレンスを行い、スタ



スタッフ全体で取り組むようにする

- ・カンファレンスには、主治医だけでなく、精神科医やケースワーカーも入れる
- ・定期的ながん患者の心理に焦点を当てた研修（サイコオンコロジー、スピリチュアル・ケア等）を行う

表1 がんという診断に対する通常反応（Holland JCら、1989）<sup>2)</sup>

	症状	期間
第1相 (初期反応)	ショック “頭が真っ白になった” 否認 “がんになるはずがない” 絶望 “治療しても無駄だ”	2～3日
第2相 (不快)	不安・抑うつ 食欲不振・不眠 集中力の低下・日常生活への支障	1～2週間
第3相 (適応)	新しい情報への適応 現実的問題への直面 楽観的見方ができるようになる 活動の再開・開始	2週間で開始

表2 自殺のサインと考えられるもの<sup>1)</sup>

- ・悲観的言動（生きていてもしかたがない、死んでしまいたい、等）
- ・別れの挨拶（ありがとう、さようなら、等）
- ・看護師のいつもと違う感じという印象（なんか気になる感じ、等）
- ・不安を増強する状況の存在（退院前、離婚、家庭問題、転移、病名告知、等）
- ・不安定な病状や病態（興奮、不眠、拒食、多弁、等）
- ・入院及び診療拒否（帰宅要求、退院要求、等）

（川村治子：ヒヤリ・ハット 11,000 事例によるエラーマップ完全本より引用）

【参考資料】

- 1) 「ヒヤリ・ハット 11,000 事例によるエラーマップ完全本 II 章 8 自殺・自傷 p 100-103」、川村治子、医学書院、2003
  - 2) Holland JC, et al (eds): Handbook of Psychooncology. 1st edition, Oxford University Press, New York (1989). 河野博臣他監訳：サイコオンコロジー、メディサイエンス社、東京、1993
- 「精神障害者のクリニカルケア」川野雅資編、メジカルフレンド社、1998
- 「コンサルテーション・リエゾン精神医療」風祭元編、中山書店、1998
- 「自殺・自傷行為のある患者のケアプラン」神谷直由、精神科看護 64 : 54-59、精神看護出版、1997
- 「身体疾患における自殺の危険性」ダグラス・パーガー、こころの科学 63 : 31-35、日本評

論社、1995

「ナースのためのサイコオンコロジー」保坂隆、南山堂、2001

「スピリチュアル・ケアについて」[www.jmcnet.co.jp/sprit/](http://www.jmcnet.co.jp/sprit/)

ビデオ：「死の臨床とコミュニケーション Vol 1 傾聴、Vol 2 共感、Vol 3 自己イメージ連想法  
によるカウンセリングのロールプレイ」柿川房子監修、企画：株式会社トロワモンジュ

事例 323 : (車椅子移送中の経腸チューブ切断)

発生部署 (入院部門一般) キーワード (移送、チューブ・カテーテル類)

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【9月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【14時～15時台】	
発生場所【廊下】	
患者の性別【男性】 患者の年齢【72歳】	
患者の心身状態【構音障害床上安静せん妄状態】	
発見者【当事者本人】	
当事者の職種【看護師】	
当事者の職種経験年数【0年6ヶ月】	
当事者の部署配属年数【0年6ヶ月】	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【栄養チューブ (NG・ED)】
発生内容	【破損・切断】
発生要因-確認	【確認が不十分であった】
発生要因-観察	【観察が不十分であった】
発生要因-判断	【その他】
発生要因-知識	【】
発生要因-技術 (手技)	【】
発生要因-報告等	【】
発生要因-身体的状況	【】
発生要因-心理的状況	【慌てていた】
発生要因-システムの不備	【】
発生要因-連携不適切	【】
発生要因-勤務状態	【】
発生要因-医療用具	【】
発生要因-薬剤	【】
発生要因-諸物品	【】
発生要因-施設・設備	【】
発生要因-教育・訓練	【】
発生要因-患者・家族への説明	【】
発生要因-その他	【】
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【その他】	
備考【】	

#### ■ヒヤリ・ハットの具体的内容

気切で経腸栄養中の患者を、検査のため、酸素ボンベで吸入し経腸ポンプで経腸しながら、車椅子で移送中、車椅子の車輪に経腸チューブが絡まり、経腸チューブが切断された。レントゲンにより、経腸チューブの位置を確認したが、異常がなかったため、切断された経腸チューブを修復した。

#### ■ヒヤリ・ハットの発生した要因

経腸チューブに注意を払いながら、移送はしていたが、注意が足らなかった。

#### ■実施したもしくは考えられる改善策

ルート類がある場合は、ルートを整理し、ルートから目を離さず移送を行う。可能ならば、ルートを手に持って、ずれないようにする。

## 専門家からのコメント

### ■記入方法に関するコメント

この事例では何の検査に行ったのでしょうか。車椅子に酸素ポンベを乗せ、経腸ポンプは車椅子といっしょに押していったのでしょうか。車椅子移送は何人で行ったのでしょうか。また、移送時に車椅子に絡まったとありますが、チューブの長さに問題はなかったのでしょうか。

もう少し場面が詳細にかかれていますと対策につながれます。

### ■改善策に関するコメント

対策として、「ルート類がある場合は、ルートを整理し、ルートから目を離さず移送を行う」、「可能ならば、ルートを手を持って、ずれないようにする」とあります。これらは、基本ですが、本当に可能だったのでしょうか。

今回の事例では患者は構音障害で、尚かつ、せん妄状態ベッド上安静の患者です。コミュニケーションでの注意や患者自身への注意がとても必要と予測されます。そのほかにも気切、酸素吸入（酸素ポンベ）、経腸（経腸ポンプ付き）、と注意を必要とする事が多いため、要点を押さえた移送準備が必要です。ゆとりを持った移送手段としてベッドによる複数での移送もあります。

一方で、経腸ポンプで経腸する必要性、あるいは検査の時間とのバッティングについても検討し、一時的に経腸を止めることなど優先順位を検討することが必要です。

#### 移送についてのマニュアルの検討

院内には移送に関する取り決めやマニュアルはありますか。

患者移送の安全確保のためまず基本的なことは、

- 1) 移送は本当に今必要なのか
- 2) 患者の状態と移動手段が適切か
- 3) 移送に必要な人員は確保されているか
- 4) 安全移送のための患者環境整備はできているか
- 5) 移送中の安全確保は保たれているか

これらを踏まえた具体的な事例検討を院内での移送マニュアルの整備も検討が必要です。

#### 新人教育等への移送教育のシステム化

当事者は入職6ヶ月目であり、病棟では特に日勤業務は独り立ちし、自分で判断をしている時期だと考えられます。そのような時期に、「一人でやらなければ」ということが先走り、応援を頼むということが抜けているのではないのでしょうか。また、一方では人員にゆとりがないところで、新人教育では「何を優先に考え、どのように業務を進めるか」、「患者移送時の応援依頼」に関する教育の充実も急務です。見直してみてください。

### 事例 405 : (化学療法における混注もれ)

発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬 (注射・点滴))

#### ■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【7月】 発生曜日【水曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【16時～17時台】	
発生場所【ナースステーション】	
患者の性別【女性】 患者の年齢【54歳】	
患者の心身状態【床上安静】	
発見者【同職種者】	
当事者の職種【准看護師】	
当事者の職種経験年数【22年4ヶ月】	
当事者の部署配属年数【0年8ヶ月】	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【静脈注射】 【その他の薬剤、プリンペラン、ウロミテキサン】
発生内容	【無投薬】
発生要因-確認	【確認が不十分であった】
発生要因-観察	【】
発生要因-判断	【】
発生要因-知識	【】
発生要因-技術 (手技)	【】
発生要因-報告等	【】
発生要因-身体的状況	【 ]
発生要因-心理的状況	【 ]
発生要因-システムの不備	【 ]
発生要因-連携不適切	【 ]
発生要因-勤務状態	【 ]
発生要因-医療用具	【 ]
発生要因-薬剤	【 ]
発生要因-諸物品	【 ]
発生要因-施設・設備	【 ]
発生要因-教育・訓練	【 ]
発生要因-患者・家族への説明	【 ]
発生要因-その他	【 ]
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
備考【 ]	

#### ■ヒヤリ・ハットの具体的内容

化学療法の特続点滴中で、注射指示箋と点滴用氏名シールにミキシングの医師のサインを確認した。点滴用氏名シールには抗癌剤名とその他の薬剤名が書かれていたので、混入されていると思い点滴を更新した。

#### ■ヒヤリ・ハットの発生した要因

医師により、混入してくれたりしていなかったりしていた。医師のサインを確認したが、薬剤名すべて注入したかの確認しなかった。またその時点で、残りの薬剤の確認をしなかった。三回目の更新時、薬剤がいくつか残っていたが後で確認しようと思いその場を離れ忘れていた。医師のより全ての薬剤を混入してくれる場合としてくれない場合があるということを知らなかった。

#### ■実施したもしくは考えられる改善策

ミキシングのサイン時、一本の点滴に複数のミキシング者がいるときのチェック方法や確認方法検討する。医師サイド統一を申し出る。

---

## 専門家からのコメント

---

坂田 修一 様

NTT 関東病院薬剤部 主任

### ■記入方法に関するコメント

“事例の概要”や“発生した要因”の記載から、何らかの薬剤が混注されずにイホスファミドの化学療法が施行された事例と推測できますが、“具体的内容”の記載からは読み取れません。同様に“発生した要因”の中で突然、三回目の更新時という時間的表現があったり「薬剤がいくつかのこっていた」という曖昧な記述が事例の概要を理解し難しくしています。混注されなかった薬剤が、抗がん剤自体であれば治療効果は期待できませんし、併用薬剤の場合は毒性や副作用が強くなる可能性があります。何が混注され、何が混注されなかったかの事実を整理して記載する必要があります。また注射薬混合の場合“混入”という表現は適切ではないでしょう。

### ■改善策に関するコメント

ミキシングの医師のサインがあるにも関わらず混注されなかっただけでなく、ミキシングをしている／していないが判断できない事も問題です。また「医師により全ての薬剤を混入してくれる場合としてくれない場合があるということを知らなかった。」というコミュニケーションエラーが存在します。「複数のミキシング者がいるときのチェック方法や確認方法。医師サイド統一。」を含めた注射薬混合に対するマニュアルと鑑査体制が必要です。一案としてミキシング者の押印の他、注射ラベルに記載した薬剤名にレ点や丸印を付け混合済みの確認を行う事も有効です。

抗がん剤の調剤は体表面積から投与量を算出したり、単に混合するだけでなく濃度の調整が必要な薬剤もあります。バイアルは陰圧になっている場合が多く取り扱いには専門的な知識や経験が必要です。細胞毒性をもつ抗がん剤の曝露と拡散を避けるためにもバイオプロテクションと安全キャビネット内での調剤が重要です。抗がん剤等のハイリスク薬剤の混合は設備の整った薬剤部が行うことも考慮してください。



---

## 専門家からのコメント

---

副 村山 純一郎 様

昭和大学病院 薬剤部長

### ■記入方法に関するコメント

本件は医薬品添付文書に「取扱いに習熟した医師、あるいは、取扱いに習熟した医師のもとでの限定使用」が記載されている「抗がん剤」の実務上の取扱いに関する極めて重要な事例であり、医療機関の管理者は施用者の「うっかりミス」による死亡に至る重篤な医療事故を防止するために業務運用システムの作成と手順遵守の検証の両立が必須要件である事を喚起する良い例となります。

「具体的な内容」は「何が、どのようにして起こったか」を文字どおり具体的、かつ、明確に記入しましょう。

本事例では「ミキシングの医師のサインを確認したので点滴を更新した」ところで報告が終了していますが、施用する前に気づいたのか、あるいは施用してしまってから気づいたのか、重要なポイントが不明です。また、どのようにして本件に気づいたのかを記載することが大切です。記載することでヒヤリ・ハットの要因が明確になる場合が多々あります。事案の経過をたどり、事実を列挙した後、時系列に従い記載すると良いでしょう（前回までの報告事例コメントをご参照ください）。

### ■改善策に関するコメント

本事案の発生要因は医療施設管理者の業務運用手順遵守の検証不遵守によるシステムエラーと思われます。つまり、医療機関の管理者は当該医療機関内で取り決めた抗がん剤化学療法の実施手順を周知徹底し業務上、手順が遵守されている事を検証する必要があるからです。従いまして、基本的には記入されている改善策が良いのですが当該医療機関、全職員を対象に「がん化学療法における抗がん剤の取扱い手順」を周知徹底するとともに、管理者は医療機関内を定期的に巡回することにより取扱い手順の遵守状況を確認・検証するべきでしょう。

**事例 406：(隔壁のある点滴薬剤の未開通使用)**

発生部署 (入院部門一般) キーワード (与薬(点滴))

■事例の概要 (全般コード化情報より)

発生月【8月】 発生曜日【木曜日】 曜日区分【平日】 発生時間帯【22時～23時台】	
発生場所【病室】	
患者の性別【男性】 患者の年齢【83歳】	
患者の心身状態【床上安静】	
発見者【同職種者】	
当事者の職種【准看護師】	
当事者の職種経験年数【32年2ヶ月】	
当事者の部署配属年数【0年10ヶ月】	
発生場面 (薬剤・製剤の種類)	【中心静脈ライン】 【】
発生内容	【未実施・忘れ】
発生要因-確認	【確認が不十分であった】
発生要因-観察	【】
発生要因-判断	【】
発生要因-知識	【】
発生要因-技術(手技)	【】
発生要因-報告等	【】
発生要因-身体的状況	【】
発生要因-心理的状況	【】
発生要因-システムの不備	【】
発生要因-連携不適切	【】
発生要因-勤務状態	【】
発生要因-医療用具	【】
発生要因-薬剤	【】
発生要因-諸物品	【】
発生要因-施設・設備	【】
発生要因-教育・訓練	【】
発生要因-患者・家族への説明	【】
発生要因-その他	【】
間違いの実施の有無及びインシデントの影響度【間違いが実施されたが、患者に影響がなかった事例】	
備考【	】

#### ■ヒヤリ・ハットの具体的内容

点滴の隔壁、開通をせず点滴交換を実施した。22時更新分の点滴を日勤看護師が2人で相互確認をして作成したが、パックの開通はしなかった。準夜勤の22時、点滴更新の際、点滴を指示箋と合わせ、加薬が入っているのを確認し手で触れたが開通しているかは正確に確認しなかった。深夜勤では輸液の流量は確認したが、開通確認はしなかった。日勤の看護師が10時更新の際、開通していないのに気がついた。

#### ■ヒヤリ・ハットの発生した要因

更新時に手順にそって確認しなかった。開通されているという思いこみで十分な確認ができていなかった。

#### ■実施したもしくは考えられる改善策

マニュアルにそって実施する。交換時、開通されているか確認し実施する。思いこみで行動しない。

## 専門家からのコメント

### ■記入方法に関するコメント

このような製剤はいくつか種類があり、エラーの生じやすいものが決まっています。薬剤名や、点滴の確認方法など、具体的な手順の情報があれば対策の検討が容易になります。

また、要因として「手順にそってしなかった」と書いてありますが、手順が明文化してあるか、明文化した手順があったとして、「これに沿って行なわなかった」理由などの情報があると良いと思います。

22時使用の点滴を日勤帯で準備していますが、通常からそのような手順で行なわれている場合はその理由やこの事例に特別の理由があったとすれば、その説明が有れば、問題が明確になり、改善策が見出しやすいと思います。

### ■改善策に関するコメント

あらかじめ混合しておくことに問題のある二種以上の輸液を同時に必要とする場合、旧来は、単槽輸液ボトル等を連結して施用していました。これには、連結時の細菌汚染や実施手順の煩雑さがあり、これを軽減するために二槽輸液バッグが開発・市販され、多くの医療機関で使用されています。

本件は、二槽輸液バッグの利便性ゆえに発生する「隔壁未開通施用」の事例であります。二槽バッグ式透析液の隔壁未開通のままの使用による死亡事故が発生していることから、二槽輸液バッグ製品の隔壁開通実施を確実にするため重要事例としてお示ししました。

このような開通忘れを防止するための根本的な対策は、開通しなければ点滴滴下ができないか、点滴セットを装着した時点で自動的に開通するよう、モノを改善することです。今後のメーカーの努力に期待したいと思います。

しかしモノの改善には時間がかかるようですから、新しいモノができるまでの間、隔壁開通忘れをできるだけ少なくする対策が必要と考えられます。

#### 隔壁開通の失念（し忘れ）を防止する方法。

2層になった製剤が、ピーエヌツインだとすると、文献<sup>1)</sup>では『投与直前にⅠ層及びⅡ層の両液を混合し速やかに使用』と書かれていますが、混合後の薬剤の安定性については“冷所（5℃）で14日間、室温で7日間安定”と記載されています。他の薬剤でも多少の安定期間の差はありますが、当日使用する分については問題ないようですから、下記のようにまず隔壁開通を行なう手順を決め、これを習慣化することによって、隔壁開通忘れを少なくすることが必要と考えられます。又、下記の手順をチェックリスト形式にして、薬のバッグに貼り付けておき、実施時の最終確認に用いるというような工夫も考えられます。

- (1) 外袋から二槽輸液バッグを取り出す

(混合後の安定性によって準備開始可能時間を明確にする。準備開始まで外袋は開けない)